

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Závislostní chování a jeho příčiny
Dependency behavior and its causes

Michaela Májová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

2019/2020

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Závislostní chování a jeho příčiny potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 27. 11. 2019

Děkuji doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za cenné rady a trpělivost při vedení této bakalářské práce. Dále děkuji rodině za trpělivost a podporu v době studia.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je závislostní chování a jeho příčiny. Teoretická část práce se zabývá drogovou závislostí, příčinou jejího vzniku a případnou léčbou a prevencí. Zmiňuje konkrétní léčebné metody a poukazuje na důležitost prevence závislostí již ve věku základní školní docházky. Definuje pojem závislost a podrobněji rozebírá vznik závislosti na alkoholu, nikotinu a marihuany. Poukazuje na míru užívání těchto drog mezi žáky druhého stupně základní školy. Dále ve své praktické části objasňuje okolnosti prvního experimentování respondentů se zmiňovanými drogami. Ke zjišťování informací byla použita dotazníková metoda a strukturovaný dotazník s uzavřenými otázkami, byl určen pro žáky osmé a deváté třídy. Bylo zjištěno znepokojivé množství respondentů, kteří mají své první zkušenosti s alkoholem již prožité. Nejvíce užívanou drogou se projevil alkohol, následuje nikotin a nejméně užívanou je marihuana. Prokázal se také vysoký vliv respondentova okolí na potřebu experimentovat s drogou. Předpoklad, že většina respondentů, kteří začínají užívat nikotin, pochází z kuřáckých rodin, se nepotvrdil. Cílem práce je poukázat na vysokou míru užívání určitých drog již v nízkém věku lidského života a objasnit, jaké skutečnosti mohou žáka vést k vyzkoušení, či následnému pokračování v užívání drogy. Dalším cílem je zdůraznit důležitost rodinného prostředí žáka a vlivu sociálního prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje a ve kterém tráví svůj volný čas.

KLÍČOVÁ SLOVA

drogy, závislost, mladiství, alkohol, nikotin, marihuana, prevence, příčiny

ABSTRACT

The topic of this thesis is addictive behavior and its causes. The theoretical part of the thesis deals with drug addiction, its cause and possible treatment and prevention. It mentions specific treatment methods and points out the importance of preventing addictions as early as primary school. It defines the concept of addiction and discusses the development of addiction to alcohol, nicotine and marijuana in more detail. It points to the level of use of these drugs among pupils of the second stage of primary school. It also explains in its practical part the circumstances of the first experimentation with the mentioned drugs. A questionnaire method was used to gather information and a structured, closed questionnaire was designed for pupils of the eighth and ninth grade. A worrying number of respondents with their first alcohol experience have been identified. Alcohol was the most used drug, followed by nicotine, and the least used was marijuana. There was also a high impact of the respondent's surroundings on the need to experiment with drugs. The assumption that the majority of respondents starting nicotine comes from smoking families has not been confirmed. The aim of this work is to point out the high level of use of certain drugs already in the early age of human life and to clarify what facts can lead a pupil to try or continue using the drug. Another aim is to emphasize the importance of the pupil's family environment and the influence of the social environment in which the individual is present and in which he spends his free time.

KEYWORDS

drugs, addiction, adolescents, alcohol, nicotine, marihuana, prevention, causes

Obsah

Úvod	7
1 Závislost	8
1.1 Drogová závislost	9
1.2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	11
1.3 ZÁVISLOST NA NIKOTINU	14
1.4 ZÁVISLOST NA KONOPÍ	15
2 LÉČBA ZÁVISLOSTI	17
2.1 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	19
2.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU	19
2.3 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA KONOPÍ	20
3 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI	21
3.1 BIOLOGICKÁ ÚROVEŇ	21
3.2 PSYCHOLOGICKÁ ÚROVEŇ	21
3.3 SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ	22
4 MLADISTVÍ A ZÁVISLOST	24
4.1 EVROSPKÁ ŠKOLNÍ STUDIE O ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH.	24
5 PREVENCE	26
5.1 ŠKOLNÍ DROGOVÁ PREVENCE	28
6 PRAKTICKÁ ČÁST	31
6.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	31
6.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE	32
6.3 CHARAKTERISTIKA ŠKOLY	32

6.4	VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ	33
6.5	Shrnutí.....	45
	Závěr.....	47
	Seznam použitých informačních zdrojů	49
	Seznam příloh	51

Úvod

Závislostní chování je velmi rozsáhlý a obecný pojem. Ač si spousta z nás může pod pojmem závislostní chování představit pouze užívání drog, tento pojem obsahuje mnohem více, než pouze to. V podstatě to může být jakékoliv chování, u kterého má daná osoba nutkavou potřebu toto chování opakovat. Zprvu si ani nemusí být vědoma toho, že má potřebu se ke své závislosti vracet, časem ale pro ni začne být situace méně zvladatelná a ztrácí nad svou závislostí kontrolu. Člověk může být závislý na drogách, na hracích automatech, ale také například na nakupování, zdravém životním stylu, nebo i vztazích. Pro společnost je naprosto běžné jít koupit do obchodu věci, které jsou v domácnosti potřeba. Pro společnost je také běžné snažit se udržovat zdravý životní styl-sportovat, jíst vyváženou a pestrou stravu, poskytovat tělu dostatečnou relaxaci. A v neposlední řadě také udržovat vřelý vztah s někým, na kom nám záleží a s kým si rozumíme v osobní sféře našeho života. Ale i u těchto, pro společnost naprosto běžných věcí, platí pořekadlo „všeho moc škodí“, protože právě při nezdravě častém a nutkavém provádění všech těchto činností mohou přerůst v závislost. Pokud se osoba ocitne v situaci, kdy se dá hovořit o tom, že je závislá, stává se obětí své drogy a ztrácí kontrolu nad svým chováním a postupem času také nad svým osobním, i pracovním životem. Dále také nad svými morálními zásadami a jeho závislost ho mění v úplně jiného člověka. V tomto momentě mluvíme o závislostním chování a potýkáme se s mnohočetnými problémy, které nám toto chování přináší.

Bakalářská práce se zaměřuje především na výskyt závislosti na alkoholu, nikotinu a konopí u mladistvých v období základní školní docházky. Žáci druhého stupně mají někdy již bohaté zkušenosti se zmiňovanými drogami a myslím, že tato problematika je aktuální a je potřeba, aby se o ní mluvilo. A to jak ve školách v rámci jejich preventivních programů a různých aktivit, které by měly dostat žákům do podvědomí, jak nebezpečné může experimentování s drogou být, tak i v samotných rodinách zmiňovaných dětí.

1 Závislost

Pokud bychom měli rozdělit pojem závislost do několika hlavních odvětví, můžeme hovořit o závislosti na psychoaktivních látkách, na určité činnosti nebo na určité osobě, případně vztazích.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize definuje syndrom závislosti jako soubor několika stavů lidského těla a lidské mysli, který vzniká po opakovaném užití, nebo aplikování dané drogy. Při tomto stavu má daná osoba neutuchající touhu znovu užít drogu, a to i přes to, že mu přináší do života škodlivé následky. Typickým znakem je zvyšující se tolerance na drogu, upřednostňování drogy před svým životem a povinnostmi. (www.uzis.cz)

„Následující jevy slouží pro usnadnění diagnózy závislosti. Jestliže ke třem, nebo více z nich došlo během jednoho roku, poté můžeme hovořit o závislosti.

- 1.) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku,*
- 2.) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.*
- 3.) Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.*
- 4.) Průkaz tolerance k účinku látky, jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.*
- 5.) Postupné zanedbávání jiných potěšení, nebo zájmů, ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času vyhrazeného k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.*
- 6.) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“ (NEŠPOR, 2018, str.18)*

Proč lidé propadají drogám? Každá droga poskytuje svému uživateli určitou změnu stavu. Může se jednat o úlevu, falešný pocit euforie a štěstí, pocit nepřemožitelnosti. Pokud se jedná o závislost na druhé osobě, může se jednat o pocit významnosti a důležitosti, který

dané osobě v běžném životě chybí, nebo mohl chybět už v dětství. Vždy se ale jedná o potřebu nějakého pocitu a stavu, který ve svém životě člověk chce a potřebuje jej.

Společnosti se při slově závislost mohou vybavit neblahé podmínky života, pochybně vzhlížející a agresivní jedinci a život na hranici chudoby. Závislost ovšem ne vždy musí mít takovou, na první pohled viditelnou, podobu. Může se tvářit velmi nenápadně a do lidských životů se vplížit pomalu a potichu. Den po dni se prohlubovat. Ne každý jedinec s potrhaným oblečením, žijící na ulici, je jedinec závislý, ale stejně tak ne každý, dokonale upravený a zdánlivě velmi úspěšný jedinec, závislosti nemůže propadnout. Hranice je velmi tenká a je zakořeněna hluboko v lidské mysli, aniž si to uvědomujeme a neohlíží se na lidské podmínky života a úspěšnost člověka, i když některé faktory samozřejmě mohou působit jako urychlovací proces vzniku závislosti.

Závislost můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin, a to závislost fyzickou a závislost psychickou. Často se potýkáme s kombinací obou závislostí, ne vždy tomu tak ale musí být. Některé drogy, jako například marihuana, nemají prokázaný vliv na vytvoření závislosti fyzické. Jedinec je tedy závislý pouze psychicky, a to z důvodu potřeby navození požadovaného psychického stavu a příjemných pocitů, které mu pomáhají s vyrovnáváním se s realitou. Některé drogy naopak velmi rychle způsobují závislost fyzickou. Při tomto stavu si tělo na drogu zvyká a pro fungování organismu ji potřebuje a vyžaduje. V případě, že ji nedostává, nastává tak abstinenci syndrom, který je doprovázen nepříjemnými, až nesnesitelnými jevy, které v krajním případě mohou skončit smrtí.

1.1 Drogová závislost

Drogovou závislost můžeme také nazvat toxikomanie, což je název o něco přesnější. Jelikož si můžeme pod pojmem „droga“ představit nejen chemické látky určené k aplikaci do těla, ale také určitou činnost, nebo jakoukoliv závislost, je název toxikomanie více vymezený. (VIŠŇOVSKÝ, 1999)

Chtíč vyzkoušet drogu může vznikat z pocitu zvědavosti. Pokud se v období dětství objevují v blízkém okolí jakékoliv drogy často a viditelně, může být užívání drogy bráno jako samozřejmost a věc pro člověka přirozená. Drogou si také může zvyšovat svoji výkonnost velmi vytížený člověk. Rychlost vzniku závislosti je individuální a odvíjí se od spousty

vedlejších faktorů, jako například dostupnost drogy, psychické zdraví a sociální prostředí, ve kterém se osoba vyskytuje.

Klasifikace závislosti na omamných látkách

Návykové látky lze klasifikovat z mnoha hledisek. Jednou ze starších základních klasifikací je rozdělení na tvrdé a měkké drogy, které v současné době ustupuje do pozadí. Dále bychom mohli rozdělit drogy na legální a nelegální. Mezi legální drogy můžeme zařadit tabák, kofein a v neposlední řadě alkohol, ale také různá ředidla, těkavé látky, uklidňující léky. Mezi nelegální drogy můžeme zařadit ty drogy, jejichž držení a aplikování, popřípadě distribuování, je nezákonné. Mezi tyto drogy patří konopné drogy, opiáty, halucinogeny aj. Z tohoto dělení nerozpoznáme sílu a nebezpečnost drogy, protože i do legální skupiny drog patří takové návykové látky, které dokážou vyvolat velmi silnou závislost.

Další klasifikací je rozdělení vycházející z MKN-10, které rozděluje „Poruchy duševní a poruchy chování“ do několika skupin, a to od skupiny F10 do skupiny F19.

F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu

F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Bakalářská práce se zaměřuje na takové druhy drog, se kterými často přicházejí do styku i mladiství. Mezi tyto drogy můžeme řadit alkohol, nikotin a marihuanu. Tím se dostáváme k další části bakalářské práce, ve které si tyto tři drogy rozebereme trochu podrobněji.

1.2 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Alkohol patří mezi volně prodejné a společensky, do jisté míry, uznávané drogy. I přesto, že jeho nákup je povolený až od 18 let, je jednou z nejrozšířenějších drog jak mezi dospělými občany, tak mezi těmi mladistvými. Závislost tedy může vznikat velmi nenápadně. Je ve společnosti přítomen už odjakživa. „Četné archeologické nálezy dokazují jeho přítomnost už v dobách historických civilizací. Používal se pro potěšení i pro jeho léčebné účinky“ (Popov in Kalina, 2003, s. 151). První zmínky o konzumaci alkoholu, resp. výrobě vína, sahají až do období 3500 let př. n. l. (Tyler, 2000). V současnosti se ve vnímání alkoholu společností tolik nezměnilo. Pro společnost je naprosto přirozené zapít dobrý oběd pivem, nebo sklenkou dobrého vína. Alkohol nechybí při jakýchkoliv oslavách, společenských událostech, ani kulturních akcích. Je určen pro potěšení a zlepšení nálady, nebo zbavení se nálady špatné. Je součástí našeho života denně a někteří z nás tak mohou ztrácet nad občasným pobavením se kontrolu. V momentě, kdy člověk začne alkohol pít pro udržení nějakého, pro sebe psychicky přijatelného stavu, stává se závislým.

Jellinekova typologie z roku 1940, která se i přes své stáří stále cituje v odborných dílech, rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu.

Typ alfa-problémové pití. Pro tento typ je typické časté pití o samotě, tyto lidé používají alkohol jako sebemedikaci k odstranění dystrofie, nebo potlačení tenze úzkosti či jiných depresivních pocitů.

Typ beta-společenské pití. Typické je časté pití ve společnosti, následkem často bývá somatické poškození.

Typ gama-anglosaský typ. Tento typ je charakteristický preferováním piva a destilátů s poruchou kontroly pití a postupným zvyšováním tolerance k alkoholu. Typická progresse konzumace, následovaná somatickým a psychickým poškozením, výrazná je psychická závislost.

Typ delta-románský typ. Tento typ preferuje víno, typická je denní konzumace alkoholu bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly. Somatická závislost s tělesným postižením.

Typ epsilon-epizodický abusus. „*Tento typ mívá období delší, občas úplné abstinence střídající nadměrnou konzumaci alkoholu provázející někdy afektivní poruchy.*“ (Popov in Kalina, 2003, s. 151-152)

Dle Popova (2003, s. 151) lze rozdělit poruchy spadající v MKN-10 do oddílu F10, tedy poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu do dvou skupin, a to „*poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém a poruchy, které se projevují návykovým chováním souvisejícím s abusem alkoholu.*“ Do první skupiny můžeme zařadit například abstinenční syndrom, delirium nebo halucinace a závisí zejména na množství, formě a užití alkoholu. Do druhé skupiny zasahují psychologické, biologické a sociální vlivy.

Obecně se nedá říci, jaké množství alkoholu osobu ohrožuje vytvořením závislosti. Tento proces závisí také na několika faktorech, jako jsou dědičné předpoklady, různé životní zkušenosti, které mají dopad na osobní život jedince, psychické poruchy a v neposlední řadě také fyzická onemocnění. (Višňovský, 1999)

Dle Višňovského se závislost začíná vytvářet stadiem nadměrného pití, kdy osoba pije více alkoholu, než běžný konzument. Dávky alkoholu mu přestávají stačit a uchyluje se k pití nejen ve společnosti, ale také doma. V dalším stadiu se spolu se zvyšováním množství rozvíjí závislost na alkoholu, při které začíná mít potřebu alkohol požívat při většině svých činností, a to i v práci. V tomto stadiu dochází často ke tlaku vytvářeném na osobu ze strany jeho blízkých. Jeho okolí si již zcela jistě uvědomuje, že se osoba potýká s problémem závislosti na alkoholu a snaží se jeho rozhodnutí ovlivňovat. V případě, že si osoba svou závislost neuvědomuje, dochází pak k přerušení styku s jeho blízkými, kteří se mu snaží pomoci. Jako třetí nastupuje stadium chorobné závislosti na alkoholu. Postiženému často vypadává paměť, má mnohočetné problémy v osobním i pracovním životě a svou závislost si začíná uvědomovat. Může tak vyhledat lékařskou pomoc a rozhodne se absolvovat léčbu. Toto rozhodnutí je ale teprve začátek dlouhé cesty ke střízlivosti. Pro úspěšný průběh léčby je důležité, že se pro ni jedinec rozhodne sám, nicméně ani to nezaručí, že léčba proběhne úspěšně.

Jellinek také pomohl definovat vznik závislosti pomocí 4 vývojových stádií. První stádium se nazývá iniciální, počáteční. V tomto stadiu jedinec na první pohled neodlišuje od zbytku společnosti téměř nic. Pouze on sám může, ale nemusí pociťovat potřebu pití pro psychotropní účinky drogy, díky kterým se pod jejím vlivem cítí lépe než střízlivý.

Druhé stádium, nebo-li stádium prodromální a varovné, je typické pro rostoucí toleranci alkoholu. Jedinec má potřebu zvyšovat dávky alkoholu pro dosažení vyžadovaného stavu. Začíná si uvědomovat svůj problém, ale dost často si jej nepřipouští a odmítá jej. Skrývá své nadměrné pití.

Třetí stádium se nazývá kruciální, rozhodné. Stále roste tolerance a jedinec snáší vysoké dávky alkoholu bez patrné intoxikace. Okolí jedince si problému již začíná všimnout a jedinec své jednání omlouvá, vysvětluje a vymlouvá se. Odstupuje od svých dosavadních zájmů a koníčků, ale stále věří tomu, že situaci zvládne a své pití dokáže uhlídat. Svým jednáním se vzdaluje od svých blízkých a alkoholu obětuje celý svůj dosavadní životní styl.

Posledním stadiem je stádium terminální, konečné. Typické jsou tzv. ranní doušky, které jedinec vyhledává pro nepříjemné stavy po vystřízlivění. Z důvodu vyčerpání a poškození organismu se nyní tolerance snižuje a k intoxikaci stačí menší dávka alkoholu. Začínají se projevovat negativní zdravotní důsledky pití a jedincův svět se točí pouze kolem získání alkoholu. Odsouvá ze svého života své blízké, práci a koníčky. Často vyhledává odbornou pomoc až v tomto stadiu.

DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Somatická onemocnění, vznikající jako důsledek nadměrného užívání, se mohou týkat v podstatě celého lidského organismu. Zmínit můžeme například jícnové varixy, průjmy, gastritidy. Také se zvyšuje riziko jaterní cirhózy, rakoviny jícnu, žaludku tenkého střeva a rekta. K funkčnímu, a dále i orgánovému poškození oběhového systému, dochází při chronickém abusu alkoholu. Mezi další důsledky patří nedostatek vitamínu B1, který může přerůst v život ohrožující neurologický syndrom. Mezi psychické komplikace můžeme zařadit poruchy emocí, jako je strach a úzkost. Vyskytují se poruchy vnímání a myšlení, jako například halucinace a bludy. Po dlouholetém a chronickém ubusu může vznikat alkoholická

halucinóza, což je stav charakteristický trvalou přítomností halucinací, objevujících se po snížení množství konzumovaného alkoholu. (Popov, 2003)

1.3 ZÁVISLOST NA NIKOTINU

Další závislostí, zkoumanou v bakalářské práci, je závislost na nikotinu, který je obsažen v tabáku. Tato droga bývá v současnosti povětšinou konzumována kouřením cigaret a patří také mezi nejvíce rozšířené drogy vůbec. Vyskytuje se ve volném prodeji a její dostupnost je tak přirovnatelná k dostupnosti alkoholu. I přesto, že je povoleno cigarety kupovat i prodávat pouze člověku staršímu osmnácti let, je droga velmi rozšířena i mezi mladší generací. Touha vyrovnat se kamarádům v partě, podobat se svému vzoru a ochutnat zakázané ovoce bývá velmi silná a z pouhého vyzkoušení cigarety se může stávat školákův rituál. Děti se schází před školou, po škole i během odpoledne a nic jim nebrání tomu, aby právě pomocí kouření upevňovaly své sociální podstavení mezi vrstevníky.

Historicky sahá pěstování tabáku daleko před 21. století, do Evropy byl přivezen na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492. V dřívějších dobách se tabák užíval pomocí dýmky a doutníku, které se nemusely „šlukovat“, a proto vliv na zdraví jedince nebyl tak vysoký, čímž ovšem nechceme tvrdit, že nebyl vůbec. Nyní je dostupný především v podobě cigaret, kdy se tabák vdechovat až do plic musí, jinak by ke vstřebávání nikotinu nedošlo. (KRÁLÍKOVÁ in Kalina, 2003) Vyskytuje se také v podobě nikotinových náplastí, žvýkacího tabáku a náhradou za klasické cigarety bývají i různé druhy elektronických cigaret.

Při kouření cigaret je pro uživatele podstatný rituál, při kterém cigarety kouří. Spousta kuřáků si svoji cigaretu dá k ranní kávě, po jídle, nebo během přestávky v práci, kdy jde kouřit některý z kolegů. Není podstatné, jaký daný rituál je, ale je podstatné, jak často se opakuje. Každým tímto rituálním odchodem na cigaretu si kuřák své naučené chování fixuje a upevňuje tak svoji závislost. I přes možné neblahé akutní účinky, jako je lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy a průjem, pokračuje v užívání drogy a zvyšuje tak toleranci. (KRÁLÍKOVÁ in Kalina, 2003)

DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NIKOTINU

Po dlouhodobějším užívání nikotinu přichází důsledky spojené s jeho užíváním. I přes to, že se při kouření větší část nikotinu obsaženého v cigaretě spaluje a zachycuje ve filtru a na konci cigarety, jeho škodlivost zůstává. „Z hlediska toxicity je možné přirovnat nikotin ke kyanidu draselnému.“ (VIŠŇOVSKÝ, 1999, s. 107)

Psychologické poruchy se jako důsledek užívání nikotinu nevyskytují. (KRÁLÍKOVÁ, 2003) Mezi somatické účinky patří onemocnění dýchacích cest, jako je chronický zánět dýchacích cest, způsobený sníženou činností řasinek. Kouření má také podíl na vzniku rakoviny. Při kardiovaskulárních onemocněních je výskyt u kuřáků patnáctkrát vyšší, než u nekuřáků. Nikotin zvyšuje krevní tlak, díky tomu mohou vzniknout poruchy srdeční činnosti. (VIŠŇOVSKÝ, 1999)

1.4 ZÁVISLOST NA KONOPÍ

Poslední drogou, kterou v bakalářské práci zmiňujeme, je konopí. Historie v užívání konopných látek sahá do velmi hluboké historie. Schultes (1976) předpokládá, že první zmínky o pěstování konopí vedou až 10 000 let př. Kr. Četné nálezy speciálních předmětů sloužících k pálení konopí vedou do roku 3000 př. Kr. (MIOVSKÝ in Kalina, 2003) Počátky užívání konopí vedou dle Eschohotada (1996) do pradávné Indie, ve které se vyprávělo o rašení této rostliny po spadnutí nebeských kapek na zem. Užívalo se pro povzbuzení mysli, prodloužení života, i sexuální žádostivosti a také jako meditační nástroj. V Mezopotámii, kde se první zmínka objevuje v 9. století př. n. l., se konopí používalo při obřadních sešlostech. I v Evropě sahají první zmínky o konopí až do 7. století př. n. l. Zde sloužilo jednak jako droga, tak i pro výrobu konopných provazů.

Konopí je jednoletá rostlina, která není velmi náročná na pěstování a dá se tak pěstovat téměř v jakýchkoliv podmínkách. Rozlišují se tři druhy, a to: Cannabis sativa, Cannabis indica a Cannabis ruderalis. Další klasifikace ovšem uvádí, že rod Cannabis je pouze jeden druh, pod který spadají dva poddruhy, a to sativa a indica. Všechny druhy mají samčí i samičí rostliny, nicméně pro uživatele drog je atraktivnější rostlina samičí, a to díky vyšší přítomnosti psychoaktivních látek. (MIOVSKÝ in Kalina, 2003) Nejúčinnější psychoaktivní látkou je tetrahydrocannabinol(THC). Spolu se stavem, který přichází po užití drogy, přichází také

sucho v ústech uživatele, tachykardie, pokles krevního tlaku a krevní teploty, silné prokrvení spojivek. Tyto tělesné změny mohou být subjektivně velmi negativně vnímány. Po odeznění a zmírnění příznaků užití drogy přichází opojný pocit štěstí, bezdůvodná veselá nálada a neustávající smích. Okolní sluchové i zrakové vjemy se stávají živějšími a barevnějšími. Vnímání okolního světa je velmi specifické, ustupuje vnímání času, vše je vnímáno zkresleně, popřípadě mohou nastoupit i halucinace. Dále se objevuje zvýšená chuť k jídlu. Krátkodobá paměť je na velmi nízké úrovni, poruchy mohou přetrvávat až týdny po vysazení drogy. (BEČKOVÁ, 1999) Jak je tedy zřejmé, konopné drogy, narozdíl od nikotinu, mají podíl na změně stávající nálady opravdu vysoký a užívají se právě za tímto cílem. Způsob užívání marihuany je pomocí kouření cigaret nebo dýmky. Zároveň se z ní také mohou připravovat různé odvary, čaje, nebo i potraviny. Pro uživatele je v tomto případě nebezpečná nejistota v množství drogy přidané do pochutiny. V případě velmi vysokých dávek může vznikat psychóza doprovázena paranoiou, pocity depersonalizace, projevy úzkosti, stavy vysoké paniky spolu s totální dezorientací a v některých případech latentní schizofrenie. (BEČKOVÁ, 1999)

DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH LÁTEK

Konopné drogy většinou nebývají spouštěčem somatické závislosti a psychická závislost se dostavuje zhruba u 8-10 % dlouhodobých uživatelů. (MIOVSKÝ in Kalina, 2003) Ve výjimečných případech může naskytnout odvykací stav typický pro podrážděnost osoby, neklid, nervozitu, depresi a bolesti hlavy. (POPOV in Kalina, 2003) Dle Miovského (2003) se ale v těchto případech jedná o pacienty, kteří obecně mají sklon k somatizaci svých psychických obtíží a o pacienty, u kterých jsou projevy odvykacího stavu spíše součástí jejich vlastních osobnostních rysů. (MIOVSKÝ in Kalina, 2003) Při častém a dlouhodobém užívání se jedinci zhoršuje krátkodobá paměť a schopnost soustředění. I přes výše uvedené následky jsou konopné drogy brány jako jedny z mála, které nemají prokázaný vysoký vliv v oblasti škodlivosti lidskému tělu a potažmo i psychice.

2 LÉČBA ZÁVISLOSTI

I v případě léčby závislosti platí, že toto téma je velmi rozsáhlé a je vždy potřeba blíže specifikovat konkrétní oblasti závislosti. Vzhledem k tomu, že závislost může být u každé látky jiná a může mít jiné příčiny a jinak silný a jinak frekventovaný průběh, je i přístup k léčbě závislosti odlišný. U všech typů léčby by mělo ovšem platit, že má být prováděna individuálně, s co nejvyšším možným ohledem na jedince a jeho zdraví. Léčba by měla být dlouhodobá, ale přesto dostatečně intenzivní. Měla by se snažit jedince připravit na život, ve kterém závislost nebude mít své místo a měla by jej dostatečně posílit v oblasti psychiky. Z toho nám vyplývá, že je potřeba co nejvyšší možný počet podporujících lidí, kteří se nacházející v okolí jedince. Ať už je to blízká rodina, kamarádi, nebo odborní pracovníci, jako například praktický lékař, psycholog, sociální pracovník. V případě mladistvých také učitel, vychovatel a především rodič. Vždy je lepší, pokud jedinec dospěje k rozhodnutí léčit svou závislost sám, ale ne vždy tomu tak musí být. Jedincův vnitřní souhlas a přijetí léčby ovlivňuje průběh léčby a posouvá ji správným směrem kupředu. Pro závislého jedince jsou, dle Nešpora (1995), důležité sociální schopnosti jedince, které mohou být dlouhodobou závislostí potlačovány a zapírány. Mezi tyto dovednosti patří navázání kontaktu s druhými lidmi, naslouchání, hovoření a také odmítání. Naučit se odmítat je pro závislého nepochybně důležité a odmítnutí drogy patří ke klíčovým okamžikům léčby.

Dle Nešpora (2018) existuje několik postupů léčby, některými z nich jsou například již zmiňované organizace typu Anonymní alkoholici, které jsou pořádány bez účasti profesionálů. Opakem může být socioterapeutický klub, který vede odborník. Součástí léčby bývají i svépomocné příručky, které poskytují jedinci, nebo jeho blízkému okolí informace o tom, jak může se svou závislostí pracovat, jak ji překonávat a na koho se může obrátit. Dalším postupem je hromadná terapie, která může být poskytována v rámci ústavní léčby, ale také ambulantně. Bývá určena i pro příbuzné závislých osob.

Nešpor (2018) se také zmiňuje o dvou klíkových momentech pro vývoj léčby. Je to vznik organizace Anonymní alkoholici ve 40. letech 20. století a dále práce s motivací, o které můžeme hovořit od konce 20. století.

Obecně lze léčbu rozdělit na pobytovou a ambulantní. V případě ambulantní léčby klient dochází pravidelně, ale i nárazově do zařízení, organizace, či k odborníkovi, který mu

poskytuje pomoc. V případě pobytové léčby je klient léčen v rámci pobytu v určitém zařízení.

Dle Vágnerové (2018) existuje 5 složek léčby, které se ovšem mohou propojit a kombinovat. Jen za pomoci nejvhodnější kombinace, dle možností jedince, pak vzniká opravdu účinná léčba:

1) Farmakologická léčba-zde se jedná o medikaci. Ta může pomáhat překonat abstinenční syndrom jedince.

2) Léčebný režim-vytváření nových vzorců pravidel, které jedinci pomáhají vytvářet nový životní styl bez drogy a jejich dodržování.

3) Psychoterapeutické metody-mohou probíhat individuálně, ale i skupinovou formou. Celkově slouží k porozumění vlastních myšlenek a potřeb, průběhu závislosti. Skupinová forma může posloužit jako zrcadlo vlastní závislosti, kdy v případě účasti dalších závislých osob, jedinec vidí reálný pohled na stávající situaci.

4) Práce s rodinou, rodinná a manželská terapie-pouze v případě, že rodina hraje nezanedbatelnou roli v podpoře závislého, ale zároveň jej může díky určitým vzorcům chování vést nevědomě zpět k závislosti.

5) Svépomocné skupiny

6) Socioterapie-posílení sociálních kontaktů. Jak již zmiňujeme výše, dle Nešpora (1995) jsou sociální schopnosti velmi důležité pro člověka, který se rozhodne svou závislost ukončit.

Dle Hoska (1998) můžeme v souvislosti s léčbou závislosti mluvit také o autoterapii. Následující postup je zde spojován především s alkoholem, nevylučuje se ale aplikace při závislostech jiných druhů.

„1. Důsledně a kriticky analyzovat situaci, přiznat stav své závislosti.

2. Pevně se rozhodnout tento stav změnit.

3. Přijmout podrobný program, jak postupovat.

4. Realizovat tento program.

5. Najít nejvhodnější náhrady dosavadního životního stylu, důsledně je aplikovat a nepokračovat v užívání drogy. “

Během celého procesu autoterapie je, nejen v případě těžké závislosti, nutná pomoc odborníka a nejlépe také silná podpora blízkých osob. Během čtvrté fáze je potřeba vynaložit velké úsilí, aby své odhodlání osoba závislá nezapírala a nevracela se zpět do bludného kruhu závislosti. Změna životního stylu závislého člověka je náročný proces a nejedná se o několikadenní snahu odměněnou roky střízlivosti. Jedná se přenastavení svého života, zvyků a potřeb kousek po kousku, s maximálním ohledem na dosavadní možnosti a potřeby jedince.

2.1 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Pokud se máme zaměřit pouze na léčbu chronického alkoholismu, můžeme zmínit tvrzení Višňovského (1999), které pojednává o tom, že velmi častý způsob je ústavní léčba na speciálních odděleních, nebo ambulantně. Během léčby jde o komplexní vyrovnání se jak se somatickými komplikacemi závislosti, tak s těmi psychickými. Závažnou závislost můžeme léčit léky, které vyvolávají, v případě podání alkoholu, nepříjemné nevolnosti a s tím spojené negativní pocity. Před rozhodnutím o podávání léků musí být jedinec vyšetřen a být zdravotně způsobilý k užití léku. Mimo nevolnosti se po užití léku může zrychlit tep, klesá krevní tlak, objevuje se nauzea, ztížený dech a někdy i krátkodobý kolaps. (VIŠŇOVSKÝ, 1999)

2.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

Jak již bylo zmíněno, pro osoby závislé na nikotinu, je velmi často podstatný rituál, při kterém cigaretu kouří. Z toho plyne, že pokud chceme podpořit léčbu, musíme daný rituál nejprve najít a uvědomit si, při jakých situacích cigaretu jedinec vyžaduje. Pro tyto situace jedinci navrhneme jakoukoliv vyhovující náhradní činnost. Pokud jedinec kouří cigaretu po obědě s kolegy, může v pauze odejít a zaměstnat se například krátkou procházkou. Jedincův rituál musí být nahrazen rituálem jiným.

Další formou léčby je náhradní terapie nikotinem. Jedná se o žvýkačky, náplasti a inhalátory s nikotinem. Jsou volně prodejné a záleží na jedinci, která z těchto možností mu nejvíce

vyhovuje. Je ale nutné zmínit, že v tomto případě jde pouze o zmírnění abstinenčních příznaků. (KRÁLÍKOVÁ in Kalina, 2003)

V současnosti jsou hojně využívány také různé druhy elektronických cigaret, které obsahují nižší množství nikotinu a při kouření se nevytváří žádné karcinogenní látky. V dostupnosti jsou náplně několika příchutí a jedinci nahrazují cigaretu. Jejich výhodou je mimo jiné také cenová výhodnost. (WWW.ELEKTRO-CIGARETA.CZ)

2.3 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA KONOPÍ

Dle Miovského (2003) uživatelé konopných drog málokdy vyhledávají odbornou pomoc. K lékaři se dostanou pouze v případě, že jim dlouholetá a silná závislost vyvolává závažné psychické komplikace. V tomto případě je vhodná psychiatrická léčba. Nicméně obecně je ústavní léčba pro uživatelé konopí nevhodná. (MIOVSKÝ in Kalina, 2003) Častější je snaha pomoci osobě, užívající marihuanu, ze strany rodinných příslušníků nebo osob blízkých, a tím pádem také jejich kontakt s odbornou organizací. První kontaktování zpravidla přichází po komplikacích způsobených užíváním marihuany, nezodpovědným vedením života, u mladistvých také absence ve školských zařízeních a změna jejich životního stylu. Blízké osoby začnou mít o jedince strach a kontaktují tak odbornou organizaci, po které požadují pomoc. Bez jedincovy vůle ale pomoc bohužel není možné aplikovat, protože jediný, kdo musí chtít přestat v užívání jakékoliv látky či drogy, je jedinec sám. Jak už bylo výše zmíněno, konopné látky nevyvolávají somatickou závislost, nicméně mohou způsobovat psychické poruchy a poruchy v oblasti kognitivních funkcí.

3 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI

Nedá se říci, že by se dalo jasně určit, co člověka vede k užívání návykových látek a proč propadá závislosti. Kudrle (2003) tvrdí, že: „*zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti.*“ (KUDRLE in Kalina) Může tedy jít o více spouštěčů a faktorů, které závislost rozvíjí. Stejně tak nelze říci, po jaké době závislost vzniká. Rychlost vzniku závislosti ovlivňuje nejen věk, ale také způsob užívání, druh drogy a dispozice. Obecně lze říci, že jedinec drogu užívá z důvodu potřeby změny svého aktuálního psychického stavu. Ať se jedná o zklidnění, nebo naopak vyburcování organismu k větším výkonům. Důvodů k užívání těchto látek, dle Vágnerové (1997), může být několik. Patří mezi ně snaha vyřešit jakékoliv stávající problémy, potřeba dosáhnout uspokojení, snaha uniknout stereotypnímu způsobu vedení života a potřeba sociální konformity.

Pro snadnější rozpoznání příčin nám slouží bio-psycho-sociální model.

3.1 BIOLOGICKÁ ÚROVEŇ

Do této úrovně mohou spadat například problematické okolnosti v období těhotenství matky. Zde se hovoří o tom, zda sama matka nepodléhala závislosti i v těhotenství a zda se škodlivé látky nedostávaly do těla plodu již před narozením. Další součástí může být způsob porodu, nevyhovující podmínky pro porod dítěte, nebo jakékoliv jiné trauma či nemoci zatěžující organismus. Všechny uvedené faktory ovlivňují neurobiologii jedince a jeho psychomotorický vývoj. (KUDRLE in Kalina, 2003) Dalším podílem na vzniku budoucí závislosti je ten, že děti alkoholiků mohou mít vrozenou vyšší toleranci vůči alkoholu, což je běžně známo a výzkumem prokázáno.

3.2 PSYCHOLOGICKÁ ÚROVEŇ

Pod úrovní psychologickou si můžeme představit všechny psychologické vlivy, které na člověka působí již od období perinatálního. Pouto mezi matkou a dítětem je opravdu silné a všechny bolesti, obavy a stres se ze strany matky přenáší i na stranu dítěte. Každý moment je každým z nás nějakým způsobem prožíván a všechny pozitivní i negativní pocity a zážitky jsou ukládány do podvědomí. Grof (2000) vyzdvihuje roli změněných stavů vědomí, díky kterým se jedinec vrací až do období perinatálního a umožňuje mu tak znovu prožít a následně zpracovat uběhlé prožitky a traumata.

V psychologické úrovni možných příčin závislostí se nesetkáváme pouze s obdobím prenatálním a perinatálním, ale také postnatálním. Významnou roli hraje blízký kontakt s matkou po porodu, matčino přijetí sebe i svého dítěte a vřelý vztah. S tím také souvisí naplňování potřeb dítěte a komunikace. Od toho se odvíjí jeho výchova a projevy lásky a zájmu po další roky věku dítěte. Patří sem i podpora a pochopení pro různorodé potřeby v dospívání a vytyčení pevných a jasných hranic. Pokud není některá z těchto základních potřeb dítěte od malička uspokojována, je možné podvědomá potřeba uspokojení dané potřeby i v budoucím životě jedince.

3.3 SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ

Do této úrovně spadá prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Prostor zahrnuje nespočet vlivů, které na dítě působí a od kterých se může odvíjet jeho sklon k závislosti. Obecně se můžeme bavit i o velikosti obce, ze které jedinec pochází, dále jeho rasová příslušnost, část obce, ve které žije a její složení obyvatel. Neopominutelnou roli zde sehrává rodina-složení rodiny, vztahy v rodině a míra kontaktu s rodiči. Jejich společenské postavení, způsob obživy a také vlastní morální hodnoty, do kterých také patří vztah k návykovým látkám obecně. Vliv má také školní prostředí, které dítě navštěvuje a zároveň také společenské postavení a způsob života jeho kamarádů, kterými se začíná v období základní školní docházky obklopotovat a které může považovat za své životní vzory. Kudrle (KUDRLE in Kalina, 2003) tvrdí, že *„mladiství hledají své identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny.“* Právě skupina lidí experimentující, či již dlouhodobě užívající drogy, může tento pocit síly, svobody a sounáležitosti jedinci mylně poskytnout.

4 MLADISTVÍ A ZÁVISLOST

Oblasti závislosti u mladistvých je třeba věnovat zvýšenou pozornost. To především proto, že závislost se u nich vytváří o něco rychleji, než u dospělých jedinců. Vzhledem k nevyspělosti organismu je u dospívajících alarmující vysoká míra ohrožení silnou intoxikací organismu. Souvisí to také s psychickou nedozrálostí jedince. V mnohých případech si nemusí uvědomovat reálnou nebezpečnost situace a mají tendenci riskovat a zkoušet co největší množství drog za vidinou bohatých zkušeností a zážitků. Drogy pak mohou kombinovat ve velmi krátkých časových úsecích v nebezpečném množství. V případě, že jedinec experimentování ustojí a stavy vyvolané drogou se mu zalíbí, vzniká závislost velmi brzy. Významným faktorem, působícím na vznik závislosti, je také skupina osob, mezi kterými se jedinec často vyskytuje a jejich vliv na něj. Pokud se cítí dobře v partě kamarádů, kteří mají k experimentování s drogami blízko a jsou o něco zkušenější než on sám, může se podvědomě pokoušet jejich chování napodobit. Ať je to z důvodu absence pozitivního vzoru v dětství, nebo pouze snaha patřit do skupiny osob, mezi kterými se chce cítit vítaný a být jedním z nich. Mladiství se ve svém okolí často setkávají s drogami v běžném životě, a to především s alkoholem a nikotinem, ale také s kofeinem, utišujícími léky i například konopnými drogami.

4.1 EVROPSKÁ ŠKOLNÍ STUDIE O ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH

Jedna ze studií, zkoumajících mladistvé a závislosti, je ESPAD, což je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Tato studie je realizována od roku 1995 každé 4 roky a cílovou skupinou jsou osoby ve věku 16 let. Poslední realizovanou studií je studie z roku 2015, při které se prokázalo že:

- ve srovnání s předchozí studií, prováděné v roce 2011, došlo k výraznému poklesu kouření cigaret u 16letých osob, výraznější pokles byl zaznamenán u chlapecké části respondentů. Kouřením cigaret se zde myslí jak jednorázové experimentování, tak silné kuřáctví.
- ve srovnání s rokem 2011 došlo zároveň k výraznému poklesu konzumace alkoholu při jednorázových zkušenostech a u rizikové konzumace alkoholu, a to u všech druhů

alkoholu u chlapců i u dívek. Nejčastěji konzumovaným alkoholem mezi 16-tiletými je pivo, většina z konzumentů jej pili v hospodě, restauraci, baru či na diskotéce.

- první zkušeností s konzumací alkoholu, nikotinu i konopných drog se posouvají do o něco vyšších let věku dítěte, než tomu bylo v předchozích letech.
- v roce 2015 byl zaznamenán celkový pokles zkušeností s drogami mezi mladiství, pokles pokračuje již z let 2007 a 2011.
- v případě experimentování s konopnými drogami je počet stabilní, ve stabilnějším užívání konopných látek je také zaznamenán pokles.
- rozsah užívání návykových látek je závislý na typu školy zkoumaných respondentů, vyšší procento bylo zaznamenáno u studentů odborných učilišť a středních škol bez maturity.
- mezi evropskými respondenty, jsou ti čeští, umístění nadprůměrně, především v oblasti zkušeností s legálními i nelegálními drogami.
- subjektivní vnímání dostupnosti cigaret a alkoholu je dlouhodobě vysoká, dostupnost konopných látek se snižuje již od roku 2007 a varovným se stává subjektivně vnímaný nárůst dostupnosti extáze a pervitinu.
- příležitostné kouření a příležitostná konzumace alkoholu není považována za příliš zdravotně závadnou, narozdíl od intenzivní konzumace zmíněných látek. Podíl studentů, kteří považují experiment s konopnými látkami a pervitinem za rizikové bohužel klesl. (www.drogy-info.cz)

Jak z výše uvedených informací vyplývá, většina závislostních jevů má u mladistvých v posledních letech klesající tendenci. Výjimkou jsou zmínky o tvrdších drogách, jako je pervitin a extáze. I přes klesající tendenci se stále bavíme o poměrně dost vysokých počtech mladistvých. To dokazuje, že je potřeba věnovat této oblasti dostatek pozornosti a vynakládat maximální možné úsilí do prevence těchto jevů.

5 PREVENCE

Úkolem prevence je pozitivně ovlivňovat všechny vlivy nebo důsledky, které mohou jedince ovlivňovat v určitých oblastech. Zmírňovat negativní dopady a směřovat vývoj negativních událostí požadovaným směrem. Prevenci můžeme rozdělit do třech skupin, a to primární, sekundární a terciární.

PRIMÁRNÍ PREVENCE

Dle Liby (2016) může být tato oblast zaměřena jak na celou společnost všeobecně, tak na určité části společnosti, například na mladistvou část populace. Jedná se o prvotní předcházení negativním jevům pomocí poskytování odpovídajících vědomostí, zkušeností, znalostí a návyků, které vedou k podpoře zdravého životního stylu. V této části je hlavním úkolem zabránit vzniku určitého problému. V případě drogové prevence je to právě zabránění vzniku závislosti.

V oblasti primární prevence u mladistvých hraje značnou roli rodina. Mnohdy nevědomě, avšak velmi silně ovlivňuje smýšlení mladistvého. Způsoby života rodiny a její zdravé a vyrovnané fungování pozitivně ovlivňuje smýšlení jedince a působí jako prevence drogové závislosti. Pokud rodina poskytne mladistvému během jeho dětství a dospívání dostatek informací o drogové problematice a seznámí ho s negativními dopady drogy, je velká pravděpodobnost, že se jedinec droze vyhne. (LIBA, 2016)

Primární prevence je aktuální a uplatnitelná pro zkoumanou skupinu respondentů v praktické části této bakalářské práce. Hraje zde velkou roli školní prostředí a jeho vliv na životy dospívajících osob. V období základní školní docházky je důležité jedinci poskytovat dostatek informací nejen ze strany rodiny jedince, ale poskytovat mu dostatek informací i v místě, které navštěvuje téměř každý den. Tím místem je školní zařízení, které navštěvuje. Do vyučovacího procesu je možné prevenci drogové závislosti zahrnout nespočetně způsoby a je nutné ji ve školních zařízeních aplikovat. Právě to může změnit jedincovo vnímání drog a závislostí a pomoci mu uvědomit si, jak nebezpečné je s drogou experimentovat. Informace a drogových závislostech musí být jedinci podávány opatrně, ale zároveň důsledně. Rozhodně to není téma, o kterém by mohl přednášet každý pedagog a měli by se mu věnovat ti pedagogové, kteří se tématu věnují do hloubky a jsou seznámeni s tím, jak o něm

informovat mladší část naší společnosti. Programů, které jsou uplatňovány v rámci primární prevence ve školách je spousta, jedním z nich je například Revolution train, což je interaktivní výstava zaměřená na drogovou tematiku. Díky zapojení všech lidských smyslů se zážitek z protidrogového vlaku vryje dětem do paměti a právě tento projekt plní svůj účel.

Problém s užíváním drogy, či s rozvinutím závislosti u mladistvého, může pozorovat nejen rodina, ale také spolužáci či vychovatelé, pedagogové, doktoři. V případě, že má některá z osob jedincova okolí podezření na závislostní chování u jedince, je potřeba kontaktovat zbytek jedincova okolí a vhodnými způsoby prošetřit, zda je podezření oprávněné.

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Tento typ prevence je zaměřený na tu část společnosti, která se vyskytuje v oblasti se zvýšeným rizikem vzniku problému a je ohrožena negativními jevy. Ohrožením, se v rámci drogové problematiky, může myslet výskyt v blízkosti osob závislých, vyrůstání v nefungující a narušené rodině, osobní neúspěchy a ztráta zaměstnání, blízkých, či finančních prostředků a podobně. V této části je důležité zabránit působení těchto negativních jevů a poskytnout jedinci potřebnou pomoc, díky které se nevydá cestou drogové závislosti. Po droze může sahat v případě potřeby uvolnění, navození příjemných pocitů a snahy zapomenout stávající realitu a neblahé životní podmínky, ve kterých se vyskytl. Zároveň sem patří mladiství, kteří se vyskytují v nefungující rodině, která je přímo ohrožená závislostí jakéhokoliv typu. V případě, že v tomto prostředí dítě vyrůstá od malička, je velmi těžké ovlivnit jeho smýšlení správným směrem, k životu bez drog. Za pomoci sekundární prevence se nám to může podařit. (LIBA, 2016)

TERCIÁRNÍ PREVENCE

Poslední skupina prevence je zaměřena na osoby, které jsou již přímo ohroženy důsledky daného problému. Je třeba zmírňovat negativní jevy doprovázející drogovou závislost a její dopady. Zde již nelze zabránit vzniku závislosti, lze ji pouze zmírňovat a pomáhat tak jedinci k léčbě. (LIBA, 2016)

V rámci terciární prevence, dle Šotolové (2018, ústní sdělení), funguje také přístup, který se nazývá Harm reduction (též Harm Minimization). Tento přístup vede ke snižování negativních účinků užívání drog. Cílem je minimalizovat rozsah utrpení uživatele a jeho

okolí v oblasti zdravotních, sociálních, ale i finančních problémů, které se mohou nějakým způsobem vztahovat ke konzumaci drog, ale nejsou jí vlastní. Ideálním cílem prevence je v tomto případě totální a celoživotní abstinence od dané drogy.

V rámci terciární prevence drogové závislosti hraje velkou roli sociální pracovník, který zajišťuje klientovi potřebné kontakty se školou, úřady. Poskytuje poradenství v rámci hledání zaměstnání, bydlení, při získávání sociálních dávek a podpory v nezaměstnanosti. Dále také může poskytovat pomoc při kontaktu se soudy a zajišťovat místo v terapeutické komunitě, nebo na psychiatrickém oddělení.

Další částí terciární prevence jsou terénní programy, v rámci kterých se jejich terénní pracovníci zaměřují na klienty, kteří své závislostní chování nejsou motivováni změnit. Pracovníci nabízejí klientům možnost návštěvy kontaktního centra, pomáhají s hygienou a zajišťují sterilní injekční stříkačky, zmírňují tak výskyt a rozvoj infekčních onemocnění. Tím se posouváme ke zřizování aplikačních místností, které zatím nejsou v České republice zřizovány. Tyto místnosti jsou hygienicky vybavené a poskytují bezpečné prostředí k aplikaci drogy. V rámci užívání těchto místností je samozřejmostí dodržování určitých pravidel. (ŠOTOLOVÁ, 2018, ústní sdělení)

5.1 ŠKOLNÍ DROGOVÁ PREVENCE

Významnou roli v životech jedinců ve věku 12-15 let hraje jednoznačně školní zařízení. Proto je důležité uplatňování prevence v každém zařízení. Každé školní zařízení má jinou strukturu žáků a je potřeba upravit své preventivní programy daným klientům. Dle Matouška (2003) je častou chybou snaha ovlivňovat pouze děti ohrožené negativními sociálními jevy pouze poskytováním informací. Zároveň také hraje velkou roli skutečnost, kdo dítěti informace předává a zda je informace spojena s nějakou konkrétní zkušeností, nebo zážitkem. (MATOUŠEK, 2003)

V poskytování prevence a k podpoře „kultury zákonnosti“, jsou dle Godsona (2000), důležité tři principy. Prvním principem je občanské vzdělávání, které má v dětech probouzet malé občany, pro které je přirozený zájem o fungování země, ve které žijí. Druhým principem je vzdělávání v právu, které učí základní právní pravidla a uplatňování práva ve společnosti. Posledním principem je morální vzdělávání, které v dětech buduje morální

hodnoty a snaží se vytvářet morální postoje k okolnímu světu. Pomáhá jim utvářet si názor na současné dění ve světě, a to i na kriminální chování, jehož součástí může být i užívání drog. Každý preventivní program na každé škole by měl úspěšně nejen snižovat výskyt nevhodného, sociálně nepřijatelného, až kriminálního chování, ale také děti připravit na styk s takovýmto chováním v jejich životech a naučit je, jak na negativní jevy reagovat a umět se jim bránit. Tím se dostáváme k sociálním dovednostem, které jsou pro život jedince podstatné. Učí je čelit v životě výzvám pozitivním, ale i těm ohrožujícím. Je tedy důležité tyto dovednosti cíleně rozvíjet a podporovat jejich růst, nezabraňovat dětem v přirozené, sociální interakci mezi vrstevníky. Pokud se tato oblast nerozvíjí od nižšího věku dítěte navštěvujícího základní školu, může mít situace velký vliv na dospívání, i dospělý život jedince. Cíleně je rozvíjet by měl jak rodič, tak i pedagog, vychovatel, či jakýkoliv jiný pedagogický pracovník, přicházející s dítětem do kontaktu. Toto platí ovšem pouze v případě, že se pracovník v této problematice orientuje a má s dítětem kladný vztah. V opačném případě by pravděpodobně měla snaha pracovníka opačný účinek. Prevence bývá zahrnuta jak ve výukových programech, tak v projektech, které škola uskutečňuje. Promítá se také téměř do všech vyučovaných předmětů a akcí školy. Ke každé aktivitě lze vymyslet vhodný, někdy i nenápadný a nenásilný preventivní záměr, a to jak ve spojení pouze s drogami, tak i všemi ostatními sociálně negativními jevy, jako je například násilí a šikana, vandalismus, záškoláctví a delikvence. Po těchto aktivitách je důležitá reflexe prožité činnosti a diskuze, ve které mohou žáci sdělovat své názory a pocity, které v nich činnost vyvolala. Mezi metody prováděných aktivit patří již zmiňovaný výklad, který je ovšem potřeba obohatit o další metody. Mezi ně patří aktivní sociální učení, dramatická výchova, hry na sebepoznávání a hry, které pomáhají utvrzovat důvěru ve skupině, vytváření třídních pravidel, umožnění prožití úspěchu a v neposlední řadě i různé besedy na konkrétní téma. Podstatná je také spolupráce nejen s rodinou, ale také s dalšími institucemi v různých oblastech. Ve školství jsou to pedagogicko-psychologické poradny ve spolupráci se školním psychologem, školním metodikem prevence a výchovným poradcem. V oblasti zdravotnictví to bývá zpravidla dětský lékař. Mezi další instituce, se kterými je potřeba v mnoha případech spolupracovat, patří Policie ČR, OSPOD, kulturní střediska, obecní úřady a úřady práce.

6 PRAKTICKÁ ČÁST

V bakalářské práci se zabýváme vyhodnocením strukturovaného dotazníku s uzavřenými otázkami, který byl vyplňován žáky II. stupně základní školy ve věku 12-15 let. Cílem průzkumu bylo zjistit počet žáků, kteří mají zkušenosti s drogami a zda v užívání drog pokračují nadále, nebo jim prožitá zkušenost přišla natolik neatraktivní, že užití drogy neopakovali.

Otázky dotazníku jsou směřované na zkušenosti s nikotinem, alkoholem a marihuanou, případně pak žákovo vnímání užití drogy.

6.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Kvantitativní výzkum vychází ze zadání, účelu, předmětu zkoumání a formulování cílů, kterých má být dosaženo. Je pro něj charakteristický velký zkoumaný vzorek, technika dotazníku a strukturovaných rozhovorů a použití matematicko-statistické procedury. Jednotlivé fáze kvantitativního výzkumu vytvářejí v duchu pozitivistické sociologie „lineární“ model po vzoru přírodních věd. Kvantitativně je možné zkoumat jevy relativně jednoduché, do určité míry poznatelné a opakovatelné v určitém rozsahu, frekvenci a intenzitě. (PAPŘOKOVÁ, 2012, str. 14)

Musíme vždy vycházet z určitých výzkumných otázek a problémů, které chceme rozebírat a zkoumat. Dále si stanovit typ dat, které chceme získat a nástroje pro získávání informací potřebných k výzkumu. Obecně můžeme říci, že nevýhodou kvantitativních metod, konkrétně strukturovaného dotazníku, je anonymita jeho respondentů a možná zkreslenost jejich odpovědí. Z jakéhokoliv důvodu můžou být odpovědi mírně odlišné od skutečnosti. Důvodem může být nevhodné prostředí a nevhodný čas pro vyplnění dotazníku, subjektivní pocit nátlaku ze strany zadavatele nebo pocit možného ohrožení v případě, že respondent uvede pravdu například i v bodech, které jsou pro společnost méně přijatelné. Dotazník tedy může být vyplňován tak, jak si respondent přeje, abychom na něj nahlíželi a ne tak, jaký doopravdy je. Abychom zmírnili nevýhodu, je potřeba udělat maximum pro pohodlí a pocit anonymity dotazovaného. Samozřejmostí je dostatek času a správně strukturovaný dotazník, který dotazovaného neodradí složitostí či počtem otázek.

6.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE

Cílem bakalářské práce je poukázat na míru užívání nikotinu, alkoholu a marihuany mezi dětmi ve věku základní školní docházky. Přínosem práce může být objasnění četnosti užití a okolností užívání daných drog již v takto nízkém věku žáků.

Jako design bylo zvoleno popisné (deskriptivní) šetření, metoda dotazníková. Jako nástroj k získání dat byl zvolen strukturovaný, uzavřený dotazník vlastní konstrukce. Respondentů se účastnilo celkem 51, všichni ve věku základní školy docházky, v téže době navštěvujících osmé a deváté třídy základní školy. Vybraná základní škola je menšího, rodinného typu s přátelským prostředím. Dotazník byl respondentům poskytován v rámci hodin výchovy ke zdraví, kde posloužil jako nástroj k zahájení následné diskuze s pedagogem a otevřel téma škodlivých látek ve společnosti. Před zahájením vyplňování dotazníků byly respondentům přečteny a objasněny všechny otázky. Respondentům byl dán prostor k otázkám týkajících se dotazníku a byli poučeni o naprosté anonymitě dotazníků. Ke každé z otázek mohli respondenti připsat jakoukoliv jinou odpověď, která nebyla poskytnuta v nabídce odpovědí.

Výzkumná otázka číslo 1:

Kdy respondenti přišli poprvé do bližšího styku s drogou?

Výzkumná otázka číslo 2:

Jaké byly okolnosti, které je vedly k dalšímu užívání drogy?

Výzkumná otázka číslo 3:

Která z daných drog je mezi respondenty nejužívanější?

Výzkumná otázka číslo 4:

V jaké míře jsou drogy užívány?

6.3 CHARAKTERISTIKA ŠKOLY

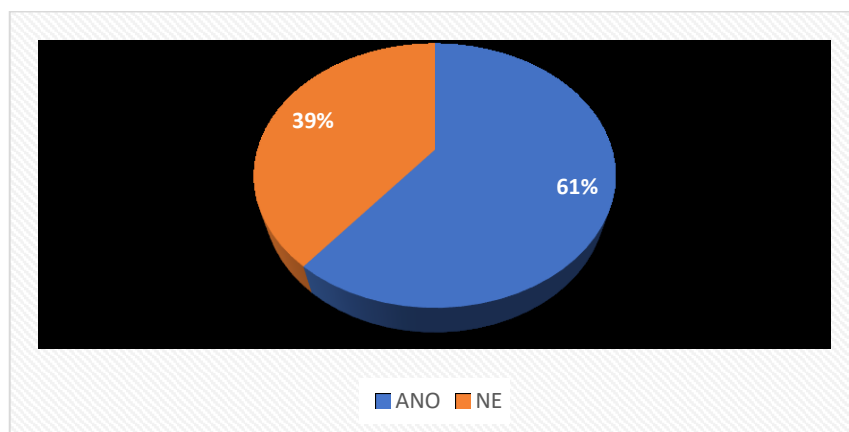
Základní škola, ve které byl dotazník aplikován, je devítiletá škola nacházející se na vesnici. Všech devět tříd je naplněno, průměrný počet žáků v jedné třídě je 18. Do školy docházejí jak místní děti, tak děti z okolních vesnic i měst. Škola se zapojuje do velkého množství výukových projektů a snaží se pořádat dostatek akcí, které podporují zdraví, přirozenou

aktivitu a rozšiřují vědomosti žáků. Škola provozuje školní družinu a školní klub, zároveň zajišťuje několik mimoškolních aktivit, které probíhají zpravidla po ukončení výuky. V současné době školu navštěvuje přibližně 143 žáků a pracuje v ní 13 učitelů, 5 asistentek pedagoga, 2 vychovatelky školní družiny, 3 zaměstnanci ve školní jídelně a 4 provozní zaměstnanci školy. Ke škole patří také školní jídelna a mateřská škola, která se nachází kousek od budovy ZŠ. Během hezkého počasí škola využívá své víceúčelové hřiště, fotbalové hřiště, či vycházky do přírody, nejlépe v místním rozsáhlém parku, který přilehá k místnímu zámku. Škola je spíše rodinného typu, klade důraz na individuální řešení problémů a na individuální přístup jak k žákům, tak rodinám žáků a také zaměstnancům školy.

6.4 VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ

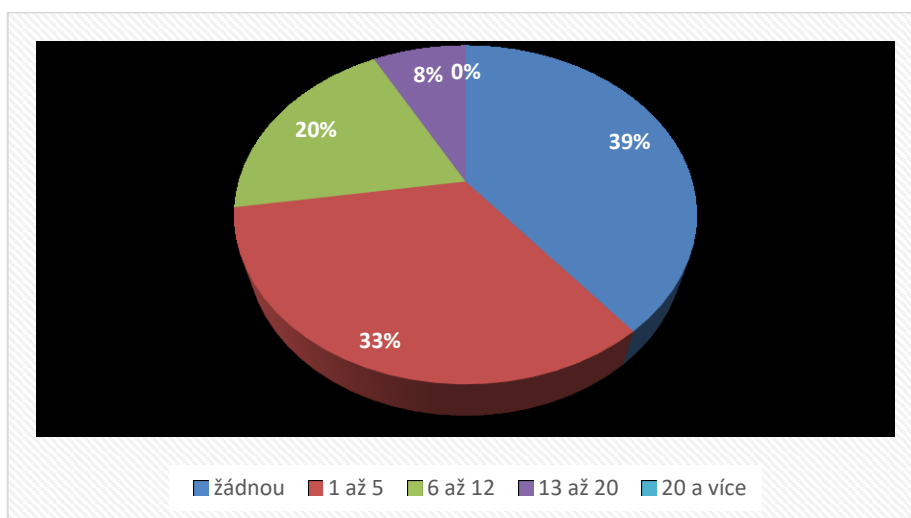
- 1) První otázkou bylo, zda někdy respondent vyzkoušel kouřit cigaretu. Žáků, kteří cigaretu vyzkoušeli je 31 a žáků, kteří nemají s cigaretou žádnou zkušenost, je 20. Z vyhodnocení je zřejmé, že těch, kteří zkusili kouřit nikotin je více než polovina. Může to být způsobeno poměrně lehkým způsobem sehnání dané drogy. I přesto, že téměř všichni z dotazovaných žáků žijí na vesnici, není pro ně problém cigarety koupit, či sehnat jiným způsobem. Dalším faktorem ovlivňujícím vysokou míru užívání této látky může být častý kontakt s drogou ve svém blízkém okolí, ale také celkově ve společnosti. Cigarety jsou součástí lidských životů, a i přes aktuální omezení kouření ve sdílených prostorách, s nimi respondenti přichází do styku téměř denně.

Zkusil jsi někdy kouřit cigarety?



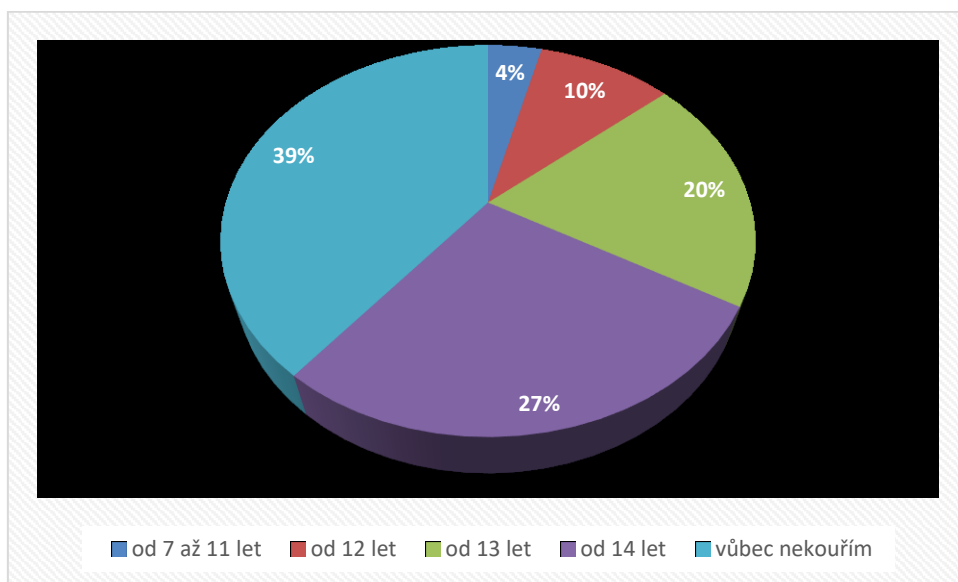
2) Druhá otázka patřila respondentům, kteří pokračují v kouření nadále. Jednalo se o zjištění počtu vykouřených cigaret denně v současné době. Rozmezí 1-5 cigaret zvolilo 17 žáků, rozmezí 6-12 cigaret zvolilo deset žáků, rozmezí 13-20 zvolili 4 žáci. Více než 20 cigaret denně nevykouří žádný z nich a 20 žáků nekouří vůbec. Zde můžeme poukázat na to, že počet žáků, kteří nekouří vůbec, zůstává stále stejný. Z těch, kteří vyzkoušeli cigaretu alespoň jedenkrát, všichni pokračují v kouření nadále a nikdo z nich nepřestal. Znepokojivý je také fakt, že 4 respondenti jsou schopni vykouřit téměř celou krabičku cigaret denně, což je s ohledem na jejich nízký věk alarmující a kouření v takto velkém rozsahu může mít opravdu vážné zdravotní následky, a to i s ohledem na nižší pravděpodobnost omezení kouření v následujících letech jejich života.

Pokud ano a kouříš stále, kolik cigaret denně přibližně vykouříš?



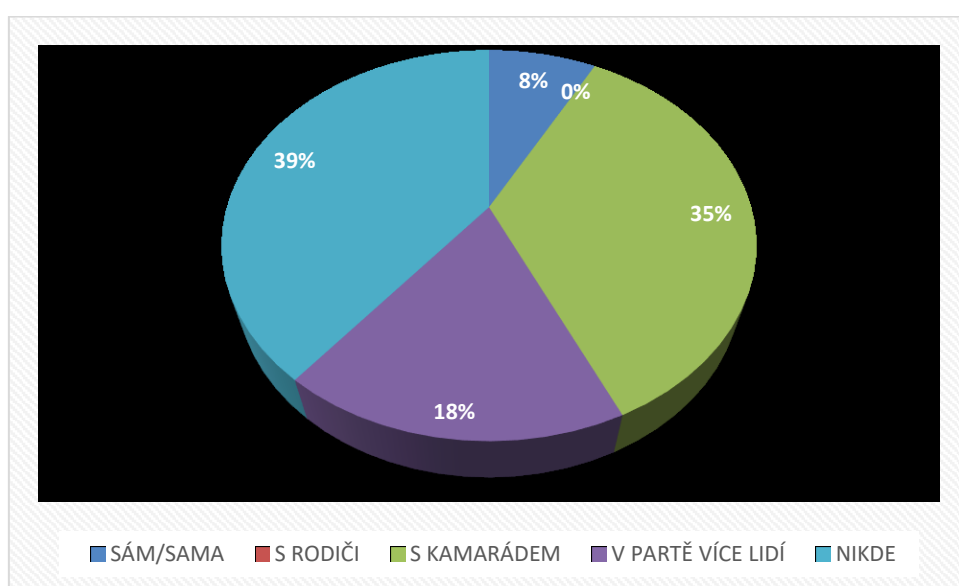
3) Třetí otázka byla zaměřena na věk, ve kterém respondenti okusili první cigaretu. Mezi 7 a 11 rokem života měli první zkušenost 2 žáci, ve dvanácti letech 5 žáků, ve 13 letech 10 žáků a ve 14 letech 14 žáků. Zbylých 20 žáků cigaretu nezkusilo vůbec. Většina respondentů užívajících drogu své první zkušenosti s nikotinem prožila v období na přelomu osmé a deváté třídy, kdy je tlak party a kamarádů pravděpodobně nejvyšší a respondent prochází jak fyzickým, tak psychickým vývojem a v jeho životě se mění všechny roviny života a celkové prožívání situací různého typu.

Od kolika let kouříš cigarety?



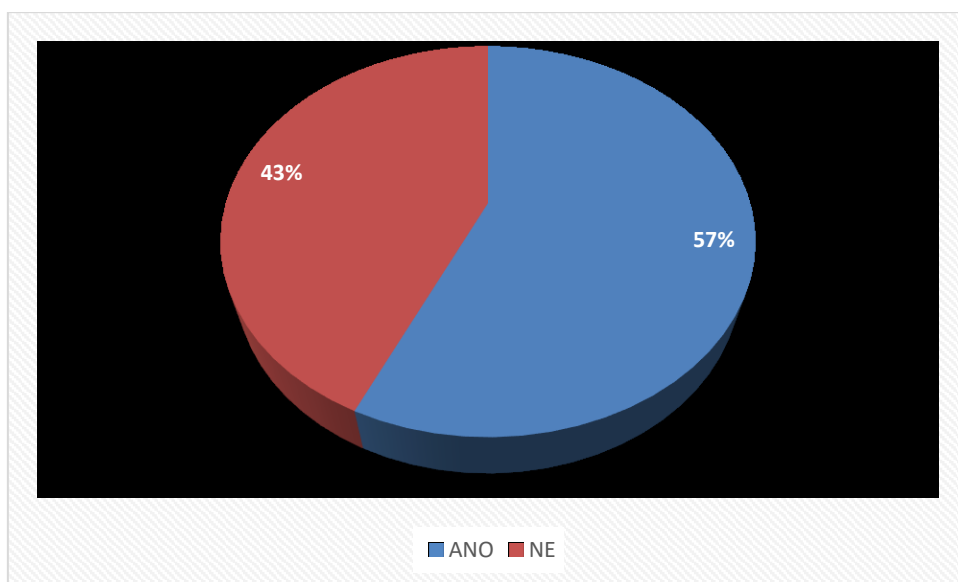
4) Ve čtvrté otázce jsme zkoumali, s kým respondenti začínali kouřit. V partě více lidí začínalo kouřit 9 respondentů, s kamarádkou nebo kamarádem 18 respondentů a sami začínali 4 respondenti. 20 respondentů nezačalo vůbec. Předchozí domněnku, že v kouření začali respondenti experimentovat právě z důvodu nátlaku a očekávání party kamarádů, nám vyvrací fakt, že většina z kouřících respondentů svou první zkušenost absolvovala pouze s jedním kamarádem, či kamarádkou.

S kým jsi si dal/a svou první cigaretu, pokud si ji pamatuješ?



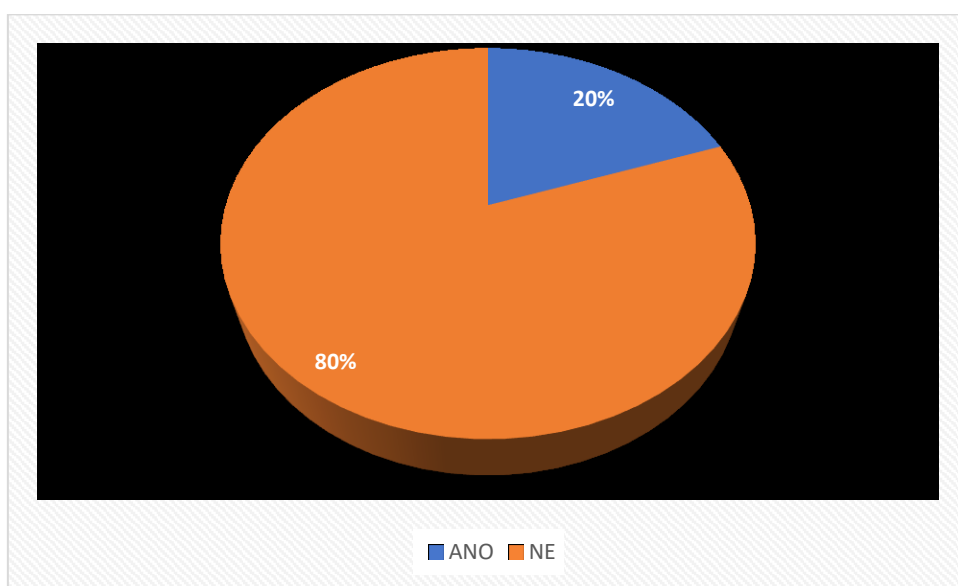
5) Dalším zkoumaným jevem bylo, zda rodiče dotazovaných dětí kouří cigarety. Kladnou odpověď zvolilo 29 žáků, negativní odpověď zvolilo 22 žáků. Zde jsme se pokusili poukázat na vliv rodičů užívajících danou drogu na případné budoucí užívání drogy dítětem. Už víme, že ze všech dotazovaných dvacet respondentů nezkusilo cigaretu vůbec. Z těchto dvaceti zvolilo v této otázce negativní odpověď pouze 10, zbylých 12 respondentů, kteří mají rodiče nekuřáky, již cigaretu vyzkoušelo. Nepodařilo se nám tedy prokázat jasnou souvislost mezi užíváním drogy rodičem a možným užíváním drogy respondentem. Nicméně může být pro respondenty v případě, že se vyskytují často v blízkosti aktivního kuřáka, snazší cigarety obstarat a následně se učit kouřit.

Kouří tví rodiče cigarety?



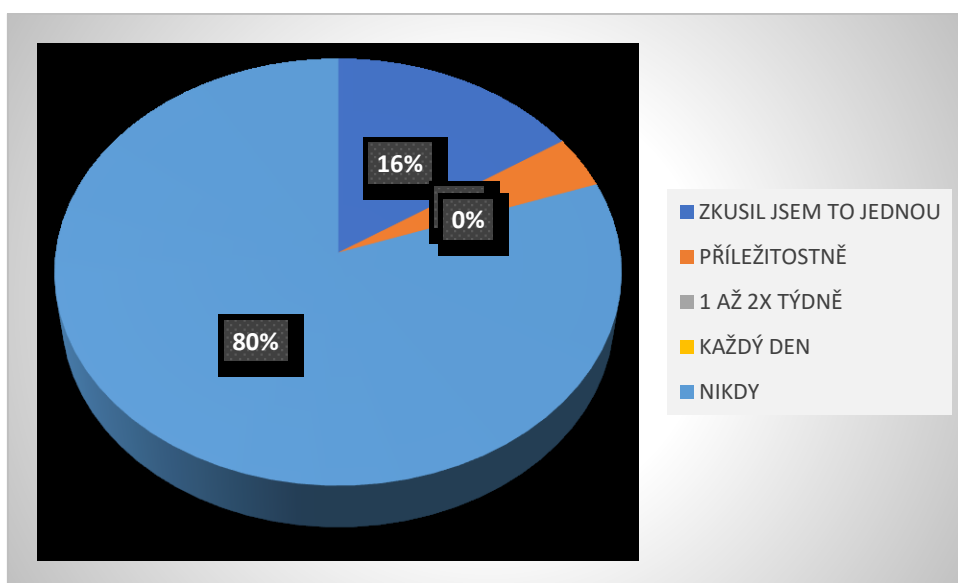
6) Další zkoumanou drogou u respondentů je marihuana. První otázkou týkající se marihuany bylo, zda ji někdy vyzkoušeli. Převahu zde měla odpověď „ne“, kterou zvolilo 41 respondentů, dalších 10 ji alespoň jednou vyzkoušelo. Tato droga patří, oproti nikotinu a alkoholu, mezi obtížněji vyhledatelné, ale přesto se ve společnosti vyskytuje poměrně hojně. Jak mezi staršími jednotlivci, tak právě mezi žáky základních škol. Vzhledem k rozšíření sociálních sítí a otevřenějšímu přístupu k užívání marihuany ve společnosti, se žákům dostává do podvědomí velmi rychle. Ještě před několika lety byla společností vnímána na přibližně stejné úrovni jako všechny ostatní drogy a zavrhována společně s nimi. Nyní začíná společnost přihlížet k léčebným účinkům marihuany a setkáváme se s větší tolerancí k uživatelům marihuany.

Vyzkoušel jsi někdy marihuanu?



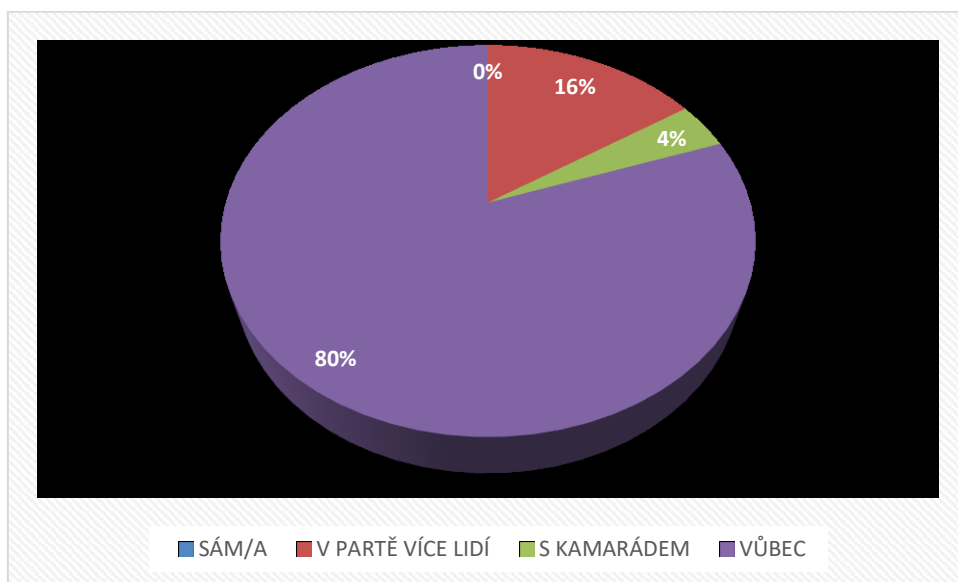
7) Sedmý zkoumaný jev byl určen pro ty respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli kladnou odpověď. Týkal se četnosti kouření marihuany. Marihuanu nikdy nevyzkoušelo 41 respondentů, 8 respondentů ji zkusilo pouze jednou a příležitostně kouří marihuanu 2 respondenti. Pod pojmem příležitostně si můžeme představit 1-2x měsíčně. Pro většinu z těch, kteří drogu užili, nebylo z jakéhokoliv důvodu užití drogy natolik lákavé a zajímavé, aby ji užívali nadále. Přesto se našli dva respondenti, kteří v užívání pokračují. Respondentům bylo před vyplňováním dotazníku objasněno, že užíváním marihuany se nemyslí pouze cigarety, ale i jiné způsoby užití.

Jak často kouříš marihuanu?



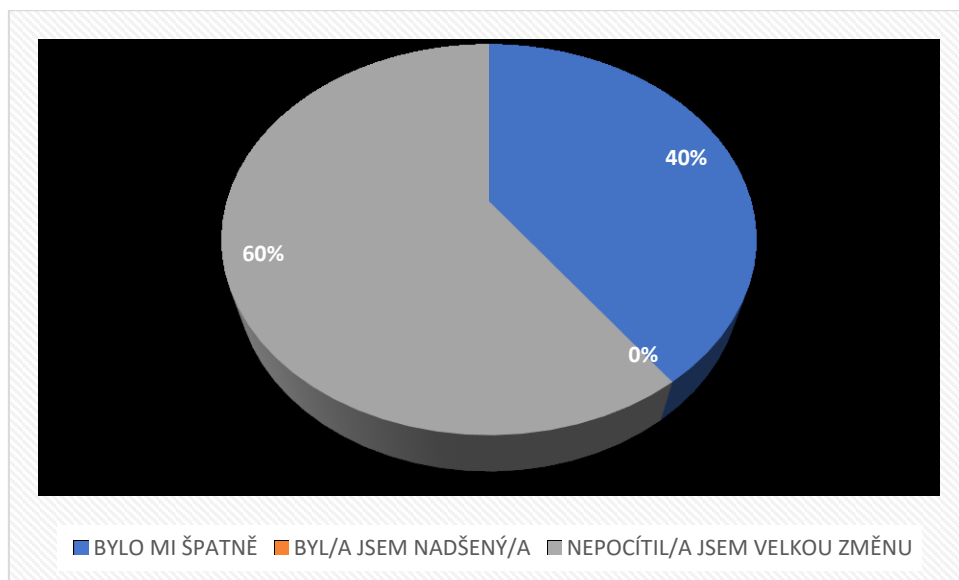
8) Osmá otázka se také týkala první zkušenosti s marihuanou, a to-s kým drogu poprvé respondent okusil. S kamarádem ji okusili 2 respondenti a v partě více kamarádů 8 respondentů. Nikdo z nich ji nezkoušel sám. Narozdíl od prvních zkušeností s nikotinem, kdy bylo prokázáno, že vliv party nemusí být tak vysoký, jak jsme mohli původně předpokládat, je zde jasná převaha experimentování s drogou v partě více lidí. Může se zde tedy jednat jak o přímý či nepřímý nátlak kamarádů, tak zvědavost, či vidina upevňování své pozice v partě.

S kým jsi marihuanu prvně vyzkoušel?



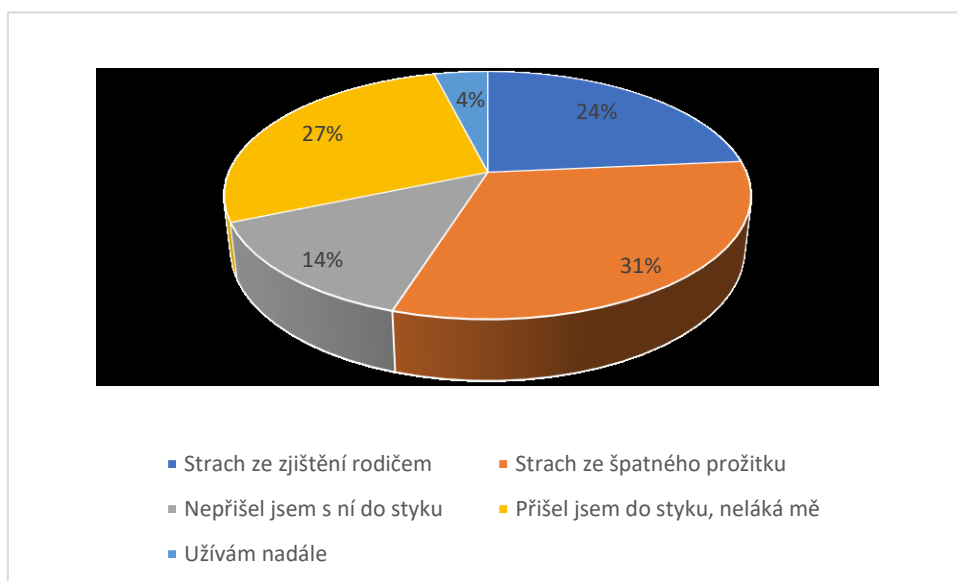
9) Další otázka byla zaměřena na prožitek stavu vyvolaného první zkouškou kouření marihuany. 6 z respondentů nepocítilo žádnou velkou změnu a jejich stav se výrazně nezměnil ani k horšímu, ani k lepšímu. Nevolnosti a celkovou malátnost pocítili 4 respondenti. Euforii a nadšení nepocítil nikdo z nich. Chtěli bychom poukázat na to, že ti dva, kteří v užívání pokračují nadále, patří do skupiny těch, kteří při prvním požití nepocítili žádnou změnu. Jejich pokračování v užívání tedy není zapříčiněno touhou po lepší náladě, euforických stavech či uvolnění. Zda se euforické stavy objevily v dalším užívání marihuany, již nedokážeme určit, nicméně první užití jim kromě subjektivního pocitu odvahy a rebelství nepřineslo nic.

Jak jsi se cítil po požití marihuany?



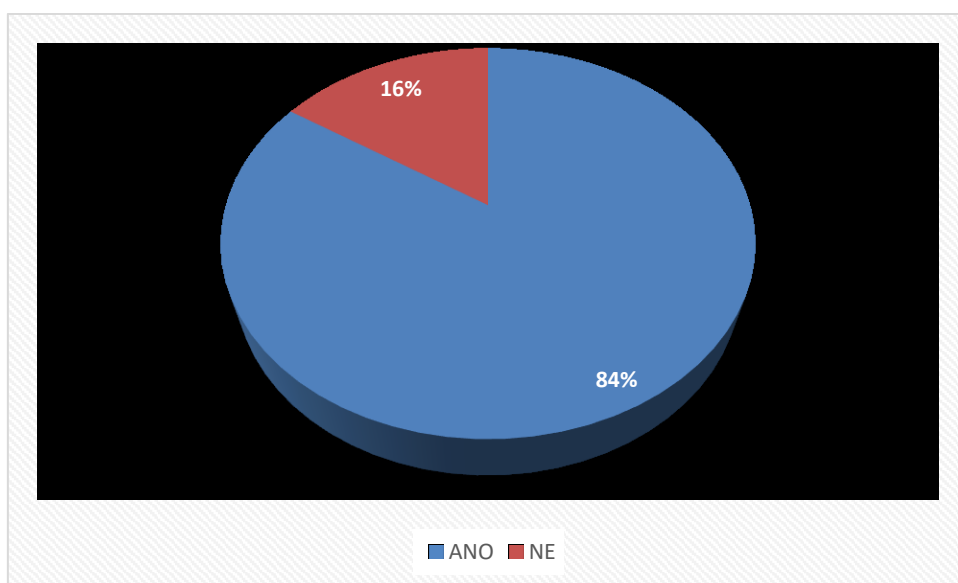
10) Další otázka byla zaměřená na důvod absence užívání zmiňované drogy. Zajímalo nás, z jakého důvodu respondenti drogu odmítají, nebo nepokračují v užívání. Dva z respondentů užívají drogu nadále. Nejvíce zastoupená, tedy 31 %, je skupina těch, kteří se bojí špatné snášenlivosti drogy. Druhou nejpočetnější skupinou, tedy 27 %, jsou ti, které droga vůbec neláká, ačkoliv s ní už přišli do styku. 24 % má strach z negativní reakce rodičů v případě zjištění, že jejich syn/dcera marihuanu okusili. Tento fakt může být ovlivněn tím, že respondenti, jak už bylo zmíněno, pochází z poměrně malé, rodinné školy ve vesnici. Je tedy větší pravděpodobnost, že se jejich okolí může o aktivitě dozvědět a povědět rodičům. Poslední skupinou se 14 % je ta, ve které nikdo nepřišel do styku s marihuanou. Toto bývá mimo jiné faktory ovlivněno skupinou kamarádu, ve které respondenti tráví svůj volný čas.

Proč už neužíváš/nezkusil jsi marihuanu?



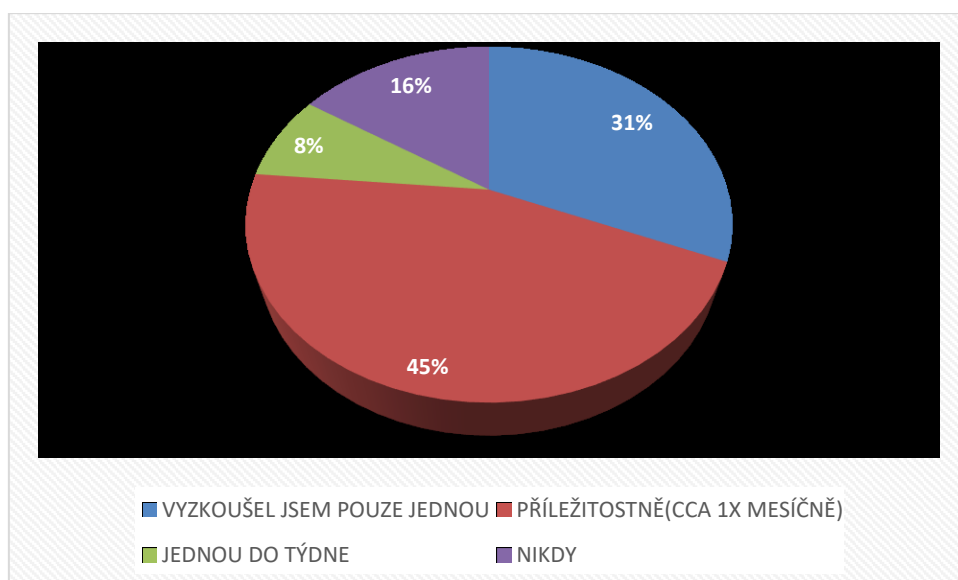
11) Poslední zkoumanou drogou byl alkohol. První otázka, týkající se alkoholu, zkoumala množství respondentů, kteří alkohol někdy vyzkoušeli. Respondentů, kteří alkohol vyzkoušeli, bylo 43 a těch, kteří nevyzkoušeli, bylo 8. Alkohol vyzkoušelo nejvyšší množství respondentů ze zmiňovaných drog. Obecně je společně s nikotinem nejdostupnější drogou jak mezi mladistvými, tak mezi dospělými jedince. Respondenti se s ní mohou setkávat už na rodinných oslavách od útlého dětství, nebo na společenských a kulturních akcích. Takto častý výskyt drogy v okolí v nich může vzbuzovat pocit, že častý kontakt s alkoholem je naprosto běžný.

Pil/a jsi někdy alkohol?



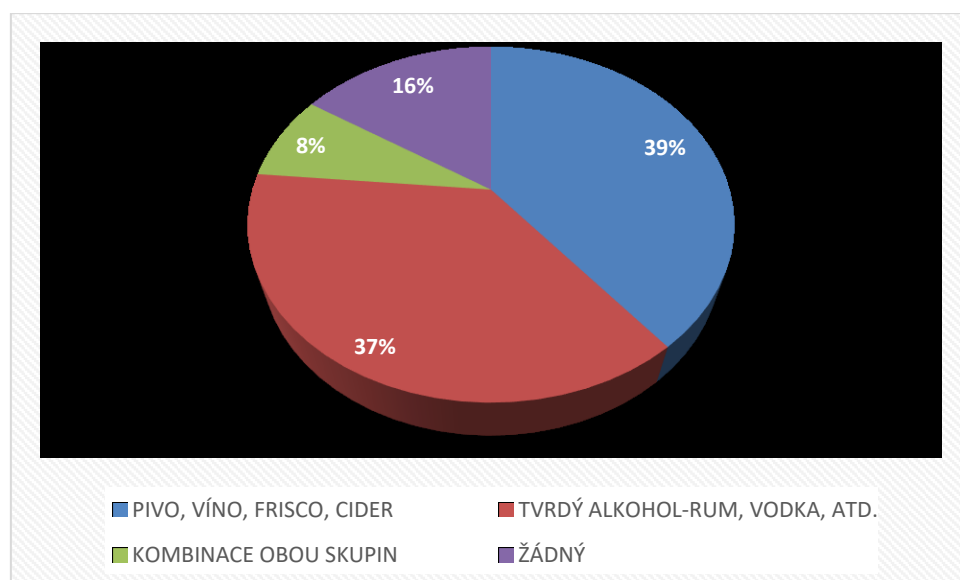
12) Pokud v předchozí otázce byla zvolena kladná odpověď, tak se v následující otázce zkoumalo dále, jak často pokračují v pití alkoholu. Respondentů, kteří nikdy alkohol nezkusili je 8 a těch, kteří v pití nepokračovali a vyzkoušeli jej pouze jednou, je 16. Příležitostně se alkoholu napije 23 respondentů, a to v rozmezí 1x za 14 dní, až 1x měsíčně. Ti, kteří jej požívají přibližně 1x týdně, jsou 4. Zde musíme podotknout, že není jasné, při jakých příležitostech je alkohol konzumován. Většina z respondentů alkohol pije příležitostně. Z toho ale nevyplývá, zda je to jednou za čas při sešlosti, nebo zda jej záměrně vyhledává. Zároveň zde nevíme, jaké množství alkoholu je konzumováno-zda jedna sklenka piva, nebo větší množství alkoholu, například i tvrdého.

Jak často alkohol piješ?



13) Posledním zkoumaným jevem bylo, jakému alkoholu dávají mladiství ve věku 12-15 let přednost. Na výběr měli z alkoholu jako je pivo, Frisco a víno, do druhé skupiny spadal tvrdý alkohol (rum, vodka, slivovice apod.) Pro první skupinu se rozhodlo 20 respondentů, pro druhou skupinu 19 respondentů a pro kombinaci obou skupin se rozhodli 4 respondenti. Žádný alkohol nepije 8 respondentů. Překvapivé je, že rozdíl mezi dvěma skupinami alkoholu je minimální. Pro tvrdý alkohol hlasovalo pouze o dvě procenta méně respondentů, než pro alkoholické nápoje typu pivo. I v tomto případě platí, že nevíme, při jakých příležitostech je alkohol konzumován, nicméně si troupíme tvrdit, že tvrdý alkohol své ratolesti zpřístupní malé procento rodičů, či rodinných příslušníků.

Jaký alkohol piješ?



6.5 Shrnutí

Jak plyne z výše uvedeného výzkumného šetření, respondenti ve věku 12-15 let mají nejbližší vztah k alkoholu, se kterým minimálně jednou experimentovalo 84 % z dotazovaných. V příležitostném pití alkoholu pokračuje 45 % z dotazovaných, hned za nimi se s 31 % umístili ti, kteří alkohol po první zkušenosti nepili nadále. Nejintenzivněji alkohol požívá 8 % z dotazovaných, kteří jej pijí přibližně jednou do týdne. Překvapivé je i vyhodnocení poslední otázky, kde 39 % uvedlo, že dává přednost pivu, vínu a podobným

nápojům s nižším obsahem alkoholu. Naproti tomu 37 % uvedlo, že raději pijí tvrdý alkohol. Rozdíl mezi počtem těchto dvou veličin není tak vysoký, jak by se dalo očekávat. Kombinací obou skupin upřednostňuje 8% z dotazovaných. Opakem je v šetření marihuana, kterou okusilo pouze 20 % z dotazovaných. Na střední úrovni se umístil nikotin v podobě cigaret. S ním má svou první zkušenost za sebou 61 % z dotazovaných. Z celkového množství dotazovaných má 57 % zkušenost s cigaretami již z domácího prostředí, kde s nimi přichází do styku. U experimentování s nikotinovými cigaretami dali respondenti přednost společnosti kamaráda, zatímco u cigaret z marihuany dali přednost společnosti více lidí, kde se mohli cítit pod větším tlakem a z toho důvodu danou drogu vyzkoušeli. Z dotazovaných, kteří marihuanu vyzkoušeli, pokračují v užívání příležitostně pouze dva respondenti i přesto, že v nich nevyvolala výrazný pocit štěstí ani euforie, ale zároveň ani pocity nevolnosti a nepříjemné stavy.

Shrňme tedy získané skutečnosti do odpovědí na předem dané výzkumné otázky.

Kdy respondenti přišli poprvé do bližšího styku s drogou?

Valná většina respondentů svůj první kontakt s drogou prožila mezi třináctým a čtrnáctým rokem života, kdy se setkala s druhou nejrozšířenější drogou mezi žáky, a to s nikotinovými cigaretami.

Jaké byly okolnosti, které je vedly k dalšímu užívání drogy?

Jako významný faktor můžeme označit tlak, nebo přesněji řečeno vliv kamarádů, či party více lidí, se kterými se respondent setkává. Většina z dotazovaných svůj první kontakt s drogou prožila právě ve společnosti těchto lidí. Dalším významným faktorem, který byl dotazovaný v souvislosti s cigaretami, byla přítomnost rodičů, kteří pravidelně kouří už od raného dětství dotazovaného. Zde se nepodařilo prokázat jasný vliv na budoucí kontakt s danou drogou.

Která z daných drog je mezi respondenty nejužívanější?

Jako nejužívanější drogu můžeme na základě praktické části označit alkohol, se kterým má zkušenosti 84 % respondentů. Překvapující je také množství žáků, kteří již mají mnohočetnou zkušenost s destiláty.

V jaké míře jsou drogy užívány?

Nejčastěji užívanou drogou jsou nikotinové cigarety, které jsou užívány denně. Většina z dotazovaných vykouří za jeden den jednu až pět cigaret. Další častěji užívanou drogou je alkohol. I přesto, že většina z dotazovaných jej pije pouze příležitostně, 8 % jej okusí alespoň jednou do týdne. Nejméně rozšířenou drogou je mezi žáky marihuana, kterou užívají pouze 2 respondenti jednou až dvakrát týdně.

Závěr

Práce pojednávala o problematice závislostí obecně, následně se zaměřila na vztah mezi drogami a žáky ve věku základní školní docházky. Téma všech druhů závislostí je aktuální a je třeba o něm mluvit a ukazovat společnosti, jak tenká je hranice mezi experimentováním s drogou a závislostí. Zároveň je potřeba mít pro osoby závislé na jakémkoliv druhu drog, nebo i činnosti, pochopení a vědět, jak mu můžeme pomoci. Společnost by měla být vnímavá. Pomoc v mnoha případech nepotřebuje pouze osoba závislá, ale také jeho nejbližší okolí a rodina. Právě rodina ovlivňuje život každého z nás nejvíce. A právě děti osob závislých bývají danou situací velmi zasaženy a jejich život je tímto problémem poznamenán. Protože bývají často ve styku s drogami i v rodinném prostředí, mohou mít následně potřebu je vyhledávat i ve svém životě. Období dospívání je plné změn ve všech oblastech jedince, v tomto období bývají děti velmi citlivé a náchylné k okolním událostem. Přírozenou vlastností člověka je zvědavost, a právě ta bývá důvodem k experimentování s drogou. Z hlediska dostupnosti jsou drogy zmiňované v této práci nejdostupnější. Pro mnohé z nás se mohou zdát bezpečné a některými z nás ani nejsou za drogy považovány. To, že rychlost vzniku závislosti není tak vysoká, jako u ostatních drog, neznamená, že nemůže vzniknout vůbec. Právě tyto drogy mohou být vstupní branou do světa dalších drog. Právě užívání těchto drog může dát jedinci pocit, že má vše pod kontrolou a že ho žádná droga neovládne. A právě proto si myslím, že je velmi důležité se zaměřit na výskyt nikotinu, alkoholu i marihuany v mladší části naší společnosti. Je důležité ukazovat, jak nebezpečné je pohybovat se v této oblasti a jak mylné je myslet si, že má jedinec situaci pod kontrolou. Je potřeba podávat mladistvému dostatek informací o této problematice a citlivě, ale zároveň důsledně upozorňovat na možná nebezpečí. Dále také preventivně působit jak v prostředí

rodinném, tak v prostředí školy a být nápomocní jedinci, který má problémy v osobním životě a má tendence zahánět je pryč jakoukoliv drogou, či negativní a ve společnosti neuznávanou, ohrožující činností.

Významnou intervenční roli v oblasti závislostí mají neziskové organizace, bez kterých by v České republice nebylo závislostní chování, a z něj vyplývající problémy ve všech směrech, dostatečně efektivně ovlivňováno. Neziskové organizace, jako je například Sananim z. ú., Magdaléna ops a spousty dalších, zajišťují velké množství a různé druhy péče a pomoci osobám závislým. Pracovníci a dobrovolníci pracující pro podobné organizace obětují svůj volný čas proto, aby mohli pomáhat lidem, kteří o jejich pomoc stojí a snaží se posouvat směr jejich žití lepším a zodpovědným směrem. Je to práce psychicky velmi náročná. Závěrem bych tedy chtěla vyzdvihnout práci všech, kteří se jakkoliv na chodu jakékoli organizace podílejí a poděkovat všem osobám, kterým není výskyt závislosti v životech jedinců kolem nás lhostejný.

Seznam použitých informačních zdrojů

BEČKOVÁ, Ilona a VIŠŇOVSKÝ Peter. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator, 2003. Labyrint (Volvox Globator). ISBN 80-7207-512-8.

GODSON, Roy. *Furthering a culture of lawfulness: Introduction*. Referát na konferenci Furthering a Culture of Lawfulness. Mexico City. 2000.

GROF, Stanislav. *Dobrodružství sebeobjevování*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Perla, 2000. ISBN 80-902156-5-3.

HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ Olga. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HOSEK, Jan. *Sám proti alkoholu*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-624-2.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

LIBA, Jozef. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii*. 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-555-1612-7.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál s. r. o. 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

PAPŘOKOVÁ, Anna. *Techniky sociologického výzkumu*. 1. vyd. Ediční středisko, VŠB-TU Ostrava. 2012. ISBN 978-80-248-2931-9.

SCHULTES, Richard Evans; Albert Hofmann. *Plants of the Gods: Origins of Hallucinogenic Use*. New York: McGraw-Hill. 1979. ISBN 0-07-056089-7.

TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty - fakta - rady*. Praha: I. Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, s. r. o. 2018. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*, Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-488-8.

Elektronická cigareta, e-liquidy, Elektronické cigarety. *Elektronická cigareta, e-liquidy, Elektronické cigarety* [online]. Copyright © [cit. 15.09.2019]. Dostupné z: <https://www.elektro-cigareta.cz>

MKN-10. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Online dotazník - jak na to?. *Online dotazník - jak na to?* [online]. Copyright © 2014 [cit. 15.09.2019]. Dostupné z: <https://www.online-dotaznik.cz/>

[online]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32196/734/zaostreno_2016-05_v03.pdf

ŠOTOLOVÁ, Eva. Ústní sdělení. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky. 2018.

Seznam příloh

Příloha 1 – Strukturovaný dotazník

1) Zkusil jsi někdy kouřit cigarety?

ANO NE

2) Pokud ano a kouříš stále, kolik cigaret denně přibližně vykouříš?

1-5 6-12 13-20 VÍCE NEŽ 20

3) Od kolika let kouříš cigarety?

7-11-ti let 12-ti let 13-ti let 14-ti let

4) Kde a s kým jsi si dal/a svou první cigaretu, pokud si ji pamatuješ?

Sám/sama s rodiči s kamarádkou/kamarádem v partě více lidí

5) Bydlíš se svými rodiči?

ANO NE

6) Kouří tví rodiče cigarety?

ANO NE

7) Vyzkoušel jsi někdy marihuanu?

ANO NE

8) Jak často jsi kouřil/kouříš marihuanu?

Zkusil jsem pouze jednou Příležitostně (1-2x měsíčně) 1-2x týdně každý den

9) S kým jsi ji poprvé vyzkoušel/a?

Sám/a s kamarádkou/kamarádem v partě více lidí

10) Jak jsi se cítil?

Bylo mi špatně Byl jsem nadšený/á Nepocítil/a jsem velkou změnu

11) Vyhledal jsi pro opakované požití marihuanu sám/a, nebo jsi k ní přišel nějak jinak?

Sám/a od dealera Přinesl kamarád/ka Nepožil/a jsem opakovaně

11) Pil jsi někdy alkohol?

ANO NE

12) Pokud ano, jak často alkohol piješ?

Pil/a jsem pouze jednou jednou do měsíce jednou za 14 dní každý týden

13) Jaký alkohol piješ?

Pivo, víno, Frisco Tvrdý alkohol-rum, vodka, slivovice

14) Jak se cítíš, když piješ alkohol?

svobodně je mi špatně osaměle uvolněně naštvaně

JINÉ: